Lane Medical Library

Eine tötliche Verletzung des hinteren Scheidengewölbes sub coitu.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

die nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung

der Hohen Medicinischen Fakultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, 7. Februar Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Carl Rühs,

approb. Arzt aus Greifswald.

Opponenten:

Herr cand. med. Schlieper.

Herr cand. med. Prigge.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1903.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen
Fakultät der Universität Greifswald.
Prof. Dr. A. Martin, Dekan.

Referent: Med. Rat Prof. Dr. Beumer.
Correferent: Herr Prof. Martin.

Seinem hochverehrten Lehrer

Herrn Medizinalrat Prof. Dr. Beumer

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154012_0037

Im Laufe der letzten Jahre sind sehr viele Fälle von mehr oder weniger bedeutenden Verletzungen der Scheide sub coitu veröffentlicht worden. Wenn ich trotzdem einen neuen Fall den anderen anreihe, so geschieht es aus dem Grunde, weil derselbe, soweit ich die Litteratur zu übersehen vermochte, wegen der Grösse, Lage und Ausdehnung der Verletzung einzig in seiner Art dasteht und andrerseits hinsichtlich seiner Entstehung von grosser forensischer Bedeutung ist.

Es handelt sich in unserem Falle um die 55jährige Gastwirtsfrau V. aus H., die seit 27 Jahren verheiratet ist, dreimal geboren und einmal abortiert hat. Dieselbe hat als junges Mädchen an einer Magenkrankheit gelitten, die sich in Erbrechen und Durchfall äusserte, ist im wesentlichen aber immer gesund gewesen. In den letzten drei Jahren hat die Frau jedoch häufig über Schmerzen im Innern der Scheide und über eiterigen Ausfluss aus derselben geklagt. Dass diese Beschwerden aber nicht sehr stark gewesen sein können, erhellt schon daraus,

dass sie sich nicht in ärztliche Behandlung begeben, sondern wie früher fast ganz allein ihre ziemlich grosse Wirtschaft geleitet hat.

Der Mann dieser Frau war am Nachmittage des 28. Mai 1902 in einem Conzert gewesen und hatte dort etwa 7—8 Glas Bier getrunken. Erregt durch den Genuss des Alkohols forderte derselbe am Abend seine Frau auf, zum Beischlaf in sein Bett zu kommen. Da der Coitus in gewöhnlicher Lage der Frau immer Schmerzen verursacht haben sollte, wurde auf ihren Wunsch derselbe à la vache ausgeführt. Doch kaum hatte der Gatte sein Glied in die Scheide eingeführt, als die Frau laut aufschrie und bat, nicht so sehr heftig vorzugehen, weil sie einen Krampf bekommen habe. Als der Mann auf ihr Bitten den penis herauszog, gewahrte er, dass aus der Scheide seiner Frau ein starker Blutstrom hervorquoll. In seiner Angst machte er heisse Umschläge auf den Unterleib, doch die Schmerzen liessen nicht nach, die Frau wurde schwächer und schwächer und nach etwa 2 Stunden verschied sie.

Da die V. früher anderen Frauen des Dorfes gegenüber geäussert hatte, dass ihr Mann sie furchtbar bei der Ausübung des Beischlafs quäle und ihn mehrmals in der Nacht von ihr verlange, da derselbe ferner als ein in

venere ausschweifender Mensch bekannt war und das Verhältnis zwischen den beiden Ehegatten niemals ein besonderes glückliches gewesen war, so erschien der plötzliche Tod der Frau verdächtig. Infolgedessen wurde die Sache bei der Staatsanwaltschaft anhängig gemacht und von derselben die gerichtliche Obduktion angeordnet.

Dieselbe wurde am 2. Juni 1902, $4^1/_2$ Tage post mortem, ausgeführt und ergab im wesentlichen folgendes:

1) Die zur Obduktion vorgelegte weibliche Leiche der 55jährigen Person ist 1,53 m gross, zeigt gut entwickeltes Fettpolster und Muskulatur. Die Geschlechtsteile sowie die Unterbauchgegend sind mit Tüchern dicht bedeckt, welche mit Blut reichlich durchtränkt sind.

7) Die Lidbindehäute sind von wachsbleicher Farbe, die Blutgefässe leer.

17) Die Beinhaut des Schädels ist grauweiss gefärbt, leicht abziehbar, ohne Verletzungen; sämtliche Blutgefässe leer.

20) Die harte Hirnhaut ist an ihrer äusseren Fläche grauweiss gefärbt, glatt, ohne Auflagerungen. Gefässe leer. Längsblutleiter, sowie die übrigen Blutleiter leer.

21) Die weisse Hirnhaut zeigt eine grauweisse

Färbung, ist glatt, nur in kleinen Fetzen abziehbar; die Gefässe leer.

24) Die grossen Blutleiter, ebenso die des Zeltes leer.

29) In der geöffneten Bauchhöhle befinden sich 500 cbcm. dunkelrote Flüssigkeit.

34) Das Herz hat die Grösse der Faust der Leiche. Kranzgefässe leer. Vorhöfe und Kammern zusammengefallen. Das Herz ist ganz schlaff, von hellbrauner Färbung; nur die rechte Seite des Herzens ziemlich stark mit Fett bewachsen.

35) Die beiden Vorhöfe, sowie die Kammern völlig leer.

36) Nach Herausnahme des Herzens, wobei auch kein Tropfen Blut herausfliesst, und Eingiessen von Wasser in die arteriellen Mündungen zeigen sich die Klappen als schlussfähig.

39) Die absteigende Brustschlagader leer. Wandung ohne Veränderung. Die obere Hohlader gleichfalls leer.

50) Die Scheide ist leer, sehr weit und aussen vorne grauweiss, hinten rot gefärbt. 9 cm vom Scheideneingang entfernt befindet sich ein 5 cm langer Riss in der Hinterwand der Scheide, welcher dieselbe der Quere nach durchzieht. An diesen Riss als unmittelbare Fortsetzung

schliesst sich ein zweiter Riss an, welcher in einem Winkel von ca. 140° zum ersten nach oben verläuft, 2 cm lang ist und unmittelbar an der Hinterwand des Halsteiles der Gebärmutter endigt. Diese selbst ist nicht verletzt. Die Ränder dieser Trennung sind glatt und blutig durchtränkt. Die Schleimhaut der Scheide ist im Ganzen graurot, rings um die Trennung herum dunkelrot gefärbt.

Die Gebärmutter ist auf der Aussenseite rötlich gefärbt, von ziemlich fester Beschaffenheit. Dieselbe ist nicht vergrössert, ohne Inhalt. Die Schleimhaut ist weissgrau gefärbt. Die sonstigen inneren Geschlechtsorgane zeigen nichts Besonderes.

59) Die untere Hohlader, sowie die Bauchschlagader sind leer, ihre Wandungen unverletzt.

Am Schluss der Sektion gaben die Obducenten ihr Gutachten dahin ab, dass der Tod an Verblutung erfolgt sei und der Grund zu der tötlichen Verletzung in dem $7^1/_2$ cm langen Scheidenriss zu suchen sei. Auf die Frage des Untersuchungsrichters betreffend die Entstehung des Scheidenrisses äusserten sich die Sachverständigen dahin, dass derselbe bei dem nach der eigenen Aussage des Angeklagten V. heftig ausgeführten Beischlaf und in der Stellung, in welcher sich die Frau befand, wohl entstanden sein könne, ja, dass es unter den

obwaltenden Umständen nicht einmal eines ungewöhnlich starken männlichen Gliedes bedürfe. Sie hielten es aber nicht für völlig ausgeschlossen, dass die Verletzung auch in anderer Weise, z. B. durch Einführung eines stumpfen glatten Gegenstandes, etwa eines runden Stück Holzes oder eines ähnlichen Werkzeuges beigebracht sei. Die glatte Beschaffenheit des Risses spräche nur für die Anwendung einer ausserordentlichen Gewalt.

Nach diesen Aussagen der Sachverständigen schien dem Untersuchungsrichter die Sachlage nicht hinreichend erklärt und es wurde, nach Einsendung der verletzten Organe an das gerichtlich-medicinische Institut der hiesigen Universität, Herr Medicinalrat Prof. Dr. *Beumer* zu einem Obergutachten aufgefordert. Da, wie ich bereits oben erwähnte, der Mann der Frau V. in venere immer sehr ausschweifend gelebt hatte, da er nicht allein mit seiner Frau in zügelloser Weise den Beischlaf ausübte, sondern auch noch mit anderen Frauen des Dorfes in geschlechtlichem Verkehr stand, so hielt es der Obergutachter für angebracht, zunächst den Mann zu untersuchen und sich nach den Grössenverhältnissen seines Gliedes umzusehen, da ja hier die mannigfachsten Verschiedenheiten obwalten können. Doch die ärztliche Untersuchung ergab ein vollkommen negatives Resultat. Der

penis des V. hatte durchaus keine abnorme Grösse, vielmehr zeigte sich, dass der Mann in der rechten Leistenbeuge einen kleinkindskopfgrossen Bruch hatte, der bei der Cohabitation eher hinderlich sein musste. Trotzdem gab Herr Prof. *Beumer* auf Grund seiner eigenen Erfahrungen und der in der Litteratur veröffentlichten Fälle sein Urteil dahin ab, dass das überstandene klimakterische Alter der Frau V. die Ausführung des Beischlafes à la vache und die Wirkung des Alkohols den tötlichen Scheidenriss herbeigeführt haben könnte. Aber immerhin sei es keineswegs völlig ausgeschlossen, dass die Verletzung in anderer Weise durch die Finger oder irgend ein Werkzeug beigebracht sei. Dieses lasse sich aus der Art der Verletzung und den äusseren Umständen des Sachverhalts nicht beweisen.

Auf Grund dieses Obergutachtens erfolgte von Seiten der Staatsanwaltschaft die Einstellung des Strafverfahrens.

Es wird nun im Folgenden meine Aufgabe sein, an der Hand des Präparates eine genügende klare Uebersicht bezüglich der interessierenden Verletzung zu geben und dann in der gerichtlich-medicinischen und gynäkologischen Litteratur Umschau zu halten, um auf diesem Wege eine Erklärung für diese fast unglaublich erschei-

nende tötliche Zerreissung an der tiefsten Stelle der Vagina zu finden.

Was nun zunächst das Präparat anbetrifft, so besteht dasselbe, wie es im Anfang abgebildet ist, aus der Vagina, dem Uterus, den Tuben, Ovarien und einem Teil der ligamenta lata. Die Scheide ist aufgeschnitten und zeigt durchweg eine Lichtung von 13 cm. In ihrem oberen Abschnitte macht sich, soweit man an einem Spirituspräparat noch darüber Aufschluss erhalten kann, eine geringe Atrophie geltend. Ungefähr 11 cm vom Scheideneingang entfernt befindet sich im linken Scheidengewölbe ein $7^1/_2$ cm langer Riss, der nicht in einer geraden Linie verläuft, sondern aus zwei gesonderten Schenkeln besteht. Der grössere, von 5 cm Länge, durchbohrt, quer von rechts nach links gehend, das linke Scheidengewölbe und das Bauchfell; der kleinere Schenkel, $2^1/_2$ cm lang, verläuft etwas nach oben vom ersteren und endet in der Mitte der hinteren Muttermundslippe, ebenfalls überall das Bauchfell eröffnend. In dem zuletzt genannten kleineren Abschnitt ist jedoch das Peritoneum nicht genau in der Höhe der Rissstelle der Scheidenwand verletzt, sondern die Eröffnung des Bauchfells ist $^1/_2$ cm höher erfolgt. Die Ränder des Risses sind überall glatt und blutig imbibiert; ebenso zeigt die ganze Schleim-

haut der Scheide eine graurötliche Färbung, welche besonders in der Nähe der Verletzung deutlich hervortritt. Hier sieht man auch in der Höhe des inneren Muttermundes das gerissene Blutgefäss, welches die Veranlassung zu der tötlichen Blutung gegeben hat; es ist entweder die arteria uterina selbst oder ein Zweig derselben.

Die Gebärmutter, die ebenfalls auf der Aussenseite rötlich gefärbt ist, hat eine Länge von $8^1/_2$ cm und zeigt ebenso wie die Tuben und Ovarien jenes Aussehen, wie es bei Frauen, die das Klimakterium überschritten haben, vorgefunden wird. Auch die breiten Mutterbänder sind ausserordentlich schlaff und leicht zerreisslich.

Es entsteht nun die Frage, wie kann eine solche erhebliche Verletzung durch den Beischlaf zustande kommen? Ist es denkbar, dass eine 55jährige Frau, die 27 Jahre verheiratet ist und während dieser Zeit drei Kinder geboren hat, die ohne jeden Zweifel zu wiederholten Malen mit ihrem Manne den Beischlaf in der oben angegebenen Position vollzogen hat, deren Geschlechtsteile keine Abweichungen aufweisen, an einer so tiefen Stelle der hinteren Scheidenwand durch das männliche Glied diese grosse Verletzung erlitten hat, eine Verletzung, die das Scheidengewölbe und das Bauchfell durchbohrt, ein

grosses arterielles Gefäss zerreisst und innerhalb so kurzer Zeit zum Tode führt?

Zur Beantwortung dieser Fragen steht uns nur der eine Ausweg offen, nach einwandsfreien Fällen dieser Art in der Litteratur zu suchen, um die Möglichkeit solch seltener Zerreissungen darzuthun und eine Erklärung für das Zustandekommen derselben zu gewinnen.

In der älteren Litteratur findet man wohl vereinzelte Fälle von Verletzungen der Scheide sub coitu, doch sind diese so mangelhaft beschrieben, dass man daraus wenig, ja nichts ersehen kann. Der Grund hierfür liegt wohl wahrscheinlich darin, dass die Berührung der weiblichen Genitalien nach grösseren Blutverlusten in der vorantiseptischen Zeit mit der grössten Lebensgefahr für die Kranke verbunden war und daher die genauere Untersuchung unterblieb.

Erst als mit den Fortschritten der Antisepsis und Asepsis eine neue Aera in der gesamten Medicin eintrat, gelang es, die Diagnostik in dieser Frage vorwärts zu bringen. Jetzt wurden die Fälle von den Rupturen der Vagina sub coitu genau untersucht, beschrieben und viel dafür und dagegen angeführt.

Auch unter unseren modernen Autoren giebt es noch eine ganze Anzahl, denen das Zusandekommen solcher

Verletzungen der Genitalien sub coitu fraglich erscheint. So sagt z. B. *von Hofmann*, dass die Verletzungen der Genitalien, insbesondere der Vagina, abgesehen von den Fällen, wo es sich um ein grobes Missverhältnis der Geschlechtsteile handelt, nicht durch den penis zustande kämen, da demselben eine solche Kraftleistung nicht zugemutet werden könne. *von Hofmann* ist vielmehr der Ansicht, dass dieselben auf rohe Manipulationen mit den Fingern zurückzuführen sind. Auch *v. Maschka* hält die Verletzungen der Scheide nicht für die Folge des Coitusversuches, sondern der denselben begleitenden Manipulationen.

Auf demselben Standpunkt stehen ebenfalls einige Gynäkologen, z. B. *Winckel*. Auch *Veit* spricht den Verdacht aus, dass wohl in den meisten Fällen künstliche Manipulationen an den Genitalien dem Coitus vorausgegangen seien oder denselben begleitet haben. Er kann sich derartige Rupturen nur bei Scheiden erklären, die entweder abnorm missgestaltet oder durch gewisse pathologische Prozesse narbig geworden sind. Dass auch einmal bei einer senilen, atrophischen, gänzlich unelastischen Vagina, besonders wenn dieselbe von dem penis eines jungen kräftigen Individuums gründlich gedehnt und der Coitus etwas gewaltsam vollführt wird, ein Scheidenriss

resultiere, stellt er nicht in Abrede; aber ohne diese Vorbedingung schliesst er jede derartige Verletzung aus. Ebenso erscheint es *Breysky* sehr fraglich, dass ein roh ausgeführter Coitus tötliche Rupturen der Scheide zur Folge haben kann und er schliesst sich vollkommen *von Hofmanns* Ansichten an. *Eulenburg* endlich ist der Meinung, dass Scheidenläsionen entweder durch manuelle oder instrumentelle rohe Eingriffe gesetzt und durch den anschliessenden Beischlaf vergrössert werden.

Diesen Anschauungen der genannten Autoren steht in krassem Widerspruch eine stattliche Reihe von Beobachtungen der allerverschiedensten Art gegenüber. Ich erwähne nur hier die reiche Kasuistik der Scheidenrupturen sub coitu von *Neugebauer,* der allein unter 159 Genitalverletzungen sub coitu 59 mal Zerreissungen des hinteren Scheidengewölbes sah. 30 von diesen Fällen sind mit genaueren Angaben versehen, teils von *Neugebauer* selbst, teils in den Originalarbeiten. Dazu kommen noch Fälle von *Hopenhändler, Kuschew, Warmann, Bohnstedt, Ostermayer, Schaeffer* und *Hermes,* ferner zwei von *Michnow.* So verfügen wir über ein Material von 39 sicher gestellten Beobachtungen von Zerreissungen der Scheide bei der Cohabitation. Diese Verletzungen sind bei Mädchen und Frauen fast in jedem

Lebensalter vorgekommen, vom 8. bis zum 58. Jahre. Am häufigsten sehen wir Rupturen des hinteren Scheidengewölbes, seltener des seitlichen, und nur in zwei Fällen ist das vordere Scheidengewölbe lädiert worden. Von den Verletzungen des seitlichen Scheidengewölbes sind wieder die rechtsseitigen überwiegend häufiger als die linksseitigen.

So fest heute die Thatsache steht, dass ein physiologischer Akt, der Beischlaf, die weitgehendsten Zerstörungen am weiblichen Genitalapparate hervorrufen kann, so zweifelhaft ist die Aetiologie. Betrachten wir zunächst die Rupturen der Scheide sub coitu bei einem noch nicht mannbaren oder in der Entwickelung zurückgebliebenen Individuum, so ist es vollkommen einleuchtend, dass hier allein die Disproportion der männlichen und weiblichen Geschlechtsorgane, sei dies die ungewöhnliche Grösse des männlichen Gliedes, eine Hauptrolle beim Zustandekommen von Läsionen spielt. Ich will an die Fälle von Schändung noch nicht erwachsener Mädchen erinnern und auch an den von *Albert* berichteten Fall, wo ein sechszehnjähriger Araber ein noch nicht mannbares elfjähriges weibliches Wesen heiratete und diesem in der Hochzeitsnacht die entsetzlichsten Zerstörungen am ganzen Genitalapparat beibrachte.

Anders liegt die Sache, wo es sich um junge geschlechtsreife Mädchen oder Frauen handelt, die auf der Höhe ihrer körperlichen Entwickelung stehen und bei der Ausübung des Coitus Rupturen der Scheide erlitten haben. Hier ist es rätselhaft, wie bei vollkommen normalem Genitalzustande, bei einer Vagina, die noch keine Entartungsprozesse durchgemacht hat, die also eine grosse Dehnbarkeit und Elasticität besitzt, in den tiefsten Teilen derselben Zerreissungen zustande kommen können. Man hat zur Erklärung dieser nicht zu leugnenden Thatsachen alle möglichen Erklärungsversuche hervorgeholt. So hat man einen nimius impetus coeundi infolge ungewöhnlicher geschlechtlicher Erregung des Mannes dafür verantwortlich machen wollen, ferner die Ungeschicklichkeit und Bauart des betreffenden Coitierenden. *Frank* erwähnt einen Fall, in dem eine 25jährige Tagelöhnerin sich einem jungen kräftigen Manne hingab und der Coitus in halbsitzender Stellung in ziemlich stürmischer Weise ausgeführt wurde. Die Folge davon war, dass eine Zerreissung des hinteren Scheidengewölbes mit Eröffnung des Peritoneums und eine starke Blutung eintrat. Nach *Franks* Ansicht hat hier die retroflexio uteri, die darnach bei der bimanuellen Untersuchung festgestellt wurde, insofern begünstigend auf das Zustandekommen der Ver-

letzung gewirkt, als in diesem Falle die Gewalt des penis direkt das stark gespannte hintere Scheidengewölbe treffen und eine Ueberdehnung des Gewebes resultieren musste. Wenn nun gar unter diesen Verhältnissen der Beischlaf in abnormer Lage, à la vache oder mit über die Schulter geschlagenen Beinen, wie solche Fälle auch von *Neugebauer* mitgeteilt sind, oder wie oben in halbsitzender Stellung ausgeführt wird, so sind die Chancen für die Entstehung von Läsionen günstigere.

Nun haben wir aber in der Litteratur eine ganze Reihe von Fällen, bei denen die eben genannten prädisponierenden Momente fehlen und der Coitus in gewöhnlicher Weise bei normalem Genitalzustande vollführt wurde und trotzdem eine Verletzung der Scheide eintrat. Sehr interessant ist in dieser Hinsicht der Fall, den ebenfalls *Neugebauer* in seiner Casuistik anführt, wo ein 20jähriges Stubenmädchen sich eines Tages einem Soldaten hingab, und als sie im nächsten Abend wieder mit demselben den Beischlaf ausübte, eine Fornixruptur entstand. Daneben finden wir Fälle, wo beim dritten oder vierten coitus in derselben Nacht die Verletzung geschah. Für diese letztgenannten Beobachtungen kann die von *Hofmann* zuerst ausgedrückte, dann von *Warmann* genauer präcisierte Behauptung der Ueberlegung

wert sein, dass die wahrscheinlichste Ursache der Scheidenrupturen sub coitu die hochgradige geschlechtliche Erregung der Beischlafenden sei und alle oben angeführten Hypothesen unerwiesen sind, ihnen aber der Wert von Nebenmomenten nicht abgesprochen werden kann. In einzelnen Fällen ist auch die beiderseitige grosse geschlechtliche Erregung offen zugestanden worden (*Bohnstedt*). Auch dort, wo der coitus auf öffentlichen Wegen vollführt wurde (*Neugebauer*), muss man einen enormen Erregungszustand beider Teile annehmen, der die Betreffenden garnicht daran denken lässt, dass sie jeden Augenblick in flagranti ertappt werden können. Am eklatantesten ist in dieser Beziehung der von *Hermes* mitgeteilte Fall, wo der coitus in einer Droschke in halbsitzender Stellung vollführt wurde. Das Mädchen giebt hier selbst an, dass seit dem letzten Beischlaf vor drei Jahren sich ihr Geschlechtstrieb dermassen gesteigert habe, dass sie zur Befriedigung desselben stark digital onaniert habe. Es liegt daher sehr nahe und ist von dem Mädchen selbst zugegeben, dass sie bei dem nach so langer Zeit zum ersten Male wieder ausgeübten coitus sich in hochgradiger geschlechtlicher Erregung befunden habe.

Wie man sich nun aber die Entstehung der Rupturen zu denken hat, ob es sich hierbei um ein Tiefertreten des

Scheidengewölbes infolge der Anspannung der Bauchpresse und der darauf resultierenden Erhöhung des intraabdominellen Druckes handelt oder um eine Erektion der cervix uteri auf der Höhe der geschlechtlichen Erregung oder um irgend ein anderes Moment, darüber finden wir keine Anhaltspunkte.

Erst in der allerneuesten Zeit ist man der Lösung dieser Frage näher getreten und *O. Schaeffer* führt unter Veröffentlichung eines Falles das Zustandekommen der Verletzung auf einen Krampfzustand der Beckenbodenmuskulatur mit straffer Spannung der Scheidengewölbe auf neuropathischer Grundlage zurück. *Schaeffer* hatte noch, als ihm die Patientin zugeführt wurde und er den Riss zu nähen versuchte, nach dem Einführen des Spekulums ausser mit dem Vaginismus mit dem Krampfe der gesamten glatten Muskulatur der Blase, Scheide und des Mastdarms zu kämpfen *Bohnstedt* acceptiert zwar das Entstehen der Ruptur durch den Krampfzustand, hält aber die neuropathische Grundlage nicht immer für erforderlich. Er ist vielmehr der Ansicht, dass das, was in dem Falle *Schaeffer* durch die hochgradige Nervosität hervorgerufen wurde, in seinem und dem Falle *Ostermayer* durch die immense geschlechtliche Erregung verursacht sei.

Gehen wir jetzt zu den Fällen über, in denen bei Frauen, die schon geschlechtlichen Umgang gepflegt und zum Teil schon geboren haben, Rupturen vorgekommen sind. Hier fällt eine Disproportion in den Massen der Geschlechtsorgane schon von vornherein weg. Dafür sind es andere Momente, die hier in Betracht kommen, vor allen Dingen die Brutalität des Mannes unter der Einwirkung des Alkohols oder die Betrunkenheit der beiden Cohabitierenden. Eine gewisse Prädisposition bildet auch hier die abnorme Lage beim Coitus, aber vornehmlich spielen hier die Veränderungen, wie sie das klimakterische Alter mit sich bringt, eine Rolle. Besonders erwähnenswert sind hier die Fälle, in denen Frauen, die dem klimakterischen Alter nahe waren oder es bereits überschritten hatten, von einem oder mehreren jungen Burschen genotzüchtigt wurden. In solchen Fällen, sagt *Himmelfarb* ganz richtig, ist die Entstehung der Ruptur leicht begreiflich, da mit der senilen Involution der Genitalien die Scheide in Länge und Breite schrumpft, das Gewölbe sich verengt, die Schleimhaut atrophiert und die ganze Vagina sich in eine enge fibröse Röhre verwandelt, welche der Ausdehnungsfähigkeit mehr oder weniger entbehrt.

Endlich sind einige Beobachtungen gemacht, wo

Frauen sich längere Zeit einer geschlechtlichen Abstinenz befleissigten und bei der Wiederaufnahme des Beischlafes Läsionen davontrugen. *Warmann* ist der Ansicht, dass durch die Abstinenz ein gesteigertes Begehrungsgefühl in der Frau wachgerufen ist, welches sie veranlasst hat, mit hochgradig gesteigerter Erregung an dem coitus teilzunehmen und dadurch eine Zerreissung der Scheide begünstigt wurde. Zum Schluss will ich noch erwähnen, dass auch vorausgegangene Puerperien und überstandene geburtshülfliche und gynäkologische Operationen zu oben genannten Verletzungen geführt haben. Weshalb nun die Zerreissungen der Vagina sub coitu sich vorzugsweise im hinteren und seitlichen Scheidengewölbe und so selten im vorderen lokaliseren, das sind Fragen, deren Beantwortung man der Zukunft überlassen muss.

Damit glaube ich so ziemlich alle Momente, die nach unseren heutigen Anschauungen als prädisponierend zu Coitusverletzungen der Vagina anzusehen sind, erwähnt zu haben. Ich kehre noch einmal auf unseren oben mitgeteilten Fall V. zurück, um die Punkte, die für ihn in Betracht zu ziehen sind, zu resümieren.

Da kommt vor allen Dingen das überstandene Klimakterium der Frau V. in Frage. Scheide, Gebärmutter und Ovarien zeigen die deutlichen Zeichen der abgelau-

fenen Involutionsperiode. Das zweite prädisponierende Moment sehe ich in der Ausführung des Beischlafes in Knieellenbogenlage (à la vache), denn bei dieser Stellung musste der penis direkt gegen das atrophische hintere Scheidengewölbe treffen. Auf die durch den Genuss des Alkohols hervorgerufene geschlechtliche Erregung des Mannes lege ich wenig Gewicht. Denn wenn auch wirklich die immissio penis in etwas stürmischer Weise erfolgt ist, so kann bei vollkommen passivem Verhalten der Frau kaum eine Verletzung zustande kommen. Sonst würden sich wohl sehr oft ähnliche Unglücksfälle bei Prostituierten ereignen, die doch häufig Angetrunkenen zur Stillung des Geschlechtstriebes dienen. In der ganzen Litteratur ist aber kein einziger Fall bekannt, in dem bei einer puella publica eine derartige Ruptur der Vagina beschrieben ist. Und dass Frau V. nur passiv an dem Coitus beteiligt war, daran ist nach Lage der Sache nicht zu zweifeln.

Zum Schluss meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Medicinalrat Prof Dr. *Beumer* für die gütige Ueberweisung

vorliegenden Themas und für die liebenswürdige Unterstützung bei der Ausarbeitung desselben meinen ehrerbietigsten und ergebensten Dank auszusprechen. Desgleichen sage ich auch meinem lieben Kollegen, Herrn cand. med. *Priggé* für die tadellose Ausführung der Zeichnung meinen wärmsten Dank.

Litteraturverzeichnis.

von Hofmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, 5. Aufl. Wien 1891.

von Maschka, Handbuch der gerichtl. Medizin. Tübingen 1882.

Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten.

Veit, Handbuch der Gynäkologie. 1897.

Breysky, Krankheiten der Vagina. 1886.

Eulenburg, Real-Encyclopädie der gesamten Heilkunde.

Nengebauer, Venus cruenta violans interdum accidens. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1899.

Warmann, Zur Ätiologie und forensischen Bedeutung der Scheidenrupturen sub coitu. Zentralblatt für Gynäkologie. 1897.

G. Bohnstedt, Zur Casuistik der Verletzungen der Scheide sub coitu. Zentralblatt für Gyn. 1901.

N. Ostermayer, Ein Fall von ausgedehnter Ruptur des linken Scheidengewölbes durch coitus. Zentralblatt für Gynäkol. 1901.

Michnow, Zur Frage von den Verletzungen der Scheide sub coitu. Referat im Zentralblatt für Gynäkologie. 1897.

Frank u. Albert, cf. Nengebauer.

Himmelfarb, Zur Casuistik der Scheidenverletzung durch Coitus. Zentralblatt für Gynäkologie. 1899.

Bohnstedt, Zur Frage der Verletznngen der Scheidengewölbe sub coitu. Zentralblatt für Gynäkol. Nr. 17. 1902.

C. Schaeffer, Über Zerreissung des Scheidengewölbes sub coitu und andere seltenen Cohabitationsverletzungen. Zentralblatt für Gyn. 8. 1902.

Hermes, Zur Verletzung der Scheide beim Coitus. Zentralblatt für Gyn. Nr. 32. 1902.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit Carl Gustav Heinrich Max Rühs, evangelischer Konfession, wurde am 24. August 1879 zu Greifswald als Sohn des Tischlermeisters Carl Rühs und dessen Ehefrau Wilhelmine, geb. Berg geboren. Nachdem er die Vorschule des Gymnasiums seiner Vaterstadt besucht hatte, wurde er Ostern 1889 in der Sexta derselben Lehranstalt aufgenommen. Am 2. April 1895 bestand er die Prüfung für den einjährig-freiwilligen Militärdienst und verliess am 25. März 1898 mit dem Zeugnis der Reife das Gymnasium. Im Mai desselben Jahres wurde er bei der Universität Greifswald immatrikuliert, um sich dem Studium der Medizin zu widmen. Während des ersten Semesters leistete er in der IX. Komp. des Infanterie-Regiments „Prinz Moritz von Anhalt-Dessau (5. Pomm.) Nr. 42" seiner Militärpflicht mit der Waffe Genüge. Am 26. Feb. 1901 absolvierte er das Tentamen physicum und bestand am 4. Februar 1903 die ärztliche Staatsprüfung.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Ballowitz, Bier, Beumer, Bonnet, Busse, Grawitz, Hoffmann, Jung, Krabler, Krehl, Landois †, Limpricht, Löffler, Lüthje, Martin, Müller, Peiper, Richarz, Ritter, Schirmer, Schulz, Schütt, Solger, Strübing, Triepel, Westphal.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern sagt der Verfasser hiermit seinen ergebenen Dank.

Thesen.

I.

Bei seniler Gangrän ist die Amputation mittels Zirkel- oder Ovalärschnittes der *Bier'*schen osteoplastischen Operation vorzuziehen.

II.

Es ist dringend zu wünschen, dass die Lehrer sich mit den Grundzügen der Schulhygiene vertraut machen, um eine exakte Durchführung derselben zu sichern.